Estado de Illinois
Departamento de servicios médicos y familiares
Departamento de servicios humanos
Redeterminación de Medicaid de Illinois

00021
HH_NAME (ARR_SPANISH)
ADDRESS LINE1
ADDRESS LINE2
CITY ST

00021
IMR7AZE
00-IMR2BR1E-2
ARR - ES

9010101

12 de febrero de 2014

Nº de Caso: 011011010011Y

Estimado HH_NAME (ARR_SPANISH),

Usted pidió que compartiéramos información sobre su caso.

Necesitamos que usted nos dé permiso para compartir su información.

1. Por favor llene el formulario que le llegó con esta carta y luego fírmelo.
2. Haga una copia del formulario y guárdela para su archivo.
3. Envíenos su formulario por fax al **1-866-661-7025** o envíenos su formulario por correo en el sobre con estampilla que le enviamos.

¿Qué pasa si cambia de opinión?

Usted puede pedirnos que no compartamos la información en cualquier momento. Si quiere que no la compartamos, puede usar el mismo formulario.

Complete la Parte 2 “Por favor DEJE DE COMPARTIR mi información” al pie del formulario. Luego firme su nombre y ponga la fecha. Haga una nueva copia del formulario para usted y envíenos el formulario original.

¿Qué pasa si tiene preguntas?

Por favor visite **www.hfs.illinois.gov/review** o llámenos al **1-855-458-4945** (TTY: 1-855-694-5458).

Muchas gracias.

Redeterminación de Medicaid de Illinois

Autorización para compartir información

Parte 1: Por favor comparta mi información

Complete esta parte si usted quiere que compartamos su información sobre beneficios médicos con una persona u organización. Compartiremos la información solamente con la persona que usted escriba aquí.

Mi nombre	Número de Seguro Social *(puede elegir no escribir esto)*
Por favor comparta mi información con	

Cuando firme, abajo, entiendo que:

- Esta autorización durará mientras siga recibiendo beneficios de salud o hasta que yo les diga que dejen de compartir mi información.
- Puedo cambiar mi opinión sobre compartir mi información, firmando la Parte 2 de este formulario y envíelo por correo o fax.
- Mi elección de compartir mi caso o de dejar de compartirlo, no cambiará los beneficios que puedo obtener.
- Puedo guardar una copia de este formulario o llamar al 1-855-458-4945 y pedir una copia.

Firma	Fecha
Dirección	Fecha de nacimiento

Parte 2: Por favor DEJE DE COMPARTIR mi información

Firme aquí, si cambia de opinión y si quisiera que dejemos de compartir su información. Luego de su firma, envíenos este formulario por correo o por fax. Guarde una copia.

No quiero compartir mi información con la persona u organización en este formulario.

Firma	Fecha

Envíe por correo: Illinois Medicaid Redetermination
PO Box 1242
Chicago, Illinois 60690-1242

Por fax: 1-866-661-7025

¿Alguna pregunta? Llame al **1-855-458-4945** (TTY: 1-855-694-5458). ¡La llamada es gratis! Llame de lunes a viernes de 7 a.m. a 7:30 p.m. y los sábados, de 8 a.m. a 1 p.m. Envíenos mensajes electrónicos a **www.medredes.hfs.illinois.gov** o envíe un fax al 1-866-661-7025. We have information in English. Free interpretation services! Call 1-855-458-4945.